

Analyse statistique de l'activité de l'équipe SOS enfants-parents

Préambule à l'analyse statistique des données

Avant d'aborder la lecture des chiffres, nous tenons à mettre en évidence un aspect important de notre travail qui n'apparaît pas dans les données statistiques. En effet, le programme informatique Thopas qui est conçu pour l'encodage des situations cliniques au sein des équipes SOS enfants-parents est centré sur les prises en charges et les signalements concernant les mineurs en danger. Toutefois, notre travail clinique et thérapeutique dépasse largement cet aspect : parallèlement au pôle diagnostique et d'accompagnement des enfants, **le soutien des adultes et l'évaluation des compétences, de la récupérabilité parentale** représentent un champ essentiel et fondamental de notre pratique clinique.

Cela se comprend et se manifeste au travers de multiples facteurs interdépendants les uns des autres :

- ❖ L'évolution de nos connaissances et de nos pratiques théorico-cliniques, au fur à mesure des années d'exercice au sein des familles à transactions maltraitantes, nous a permis de penser et d'orienter notre philosophie de travail. Effectivement, si les enfants sont au centre de nos réflexions et de nos actions, il s'avère également, pour paraphraser Stefano Cirillo, qu'ils sont les victimes collatérales des processus violents à l'œuvre dans leur environnement familial. **Les parents, quant à eux, sont les premiers interlocuteurs** avec lesquels le travail en profondeur doit véritablement avoir lieu. Nous pensons en effet que la spécificité de notre équipe doit prendre en compte, dans une clinique particulière et approfondie, ce qui se joue en termes de **processus intrapsychiques et transgénérationnels chez les acteurs responsables de violence envers leurs enfants**. C'est pourquoi, à côté de la prise en charge directe des enfants victimes, nous tenons à déployer une grande énergie dans la prise en charge des adultes acteurs de ces phénomènes bien spécifiques. Si nous considérons entre autres, que les actes de maltraitance d'un parent sont le fruit d'un carrefour de difficultés que nous pouvons synthétiser comme « *le résultat d'un enfant inachevé et d'un conjoint déçu* », il n'est plus à prouver l'importance de cette partie du travail.
- ❖ La maltraitance étant un domaine de réflexion et de compétences très complexe, il nécessite une prise en charge multidisciplinaire. **Cette pluridisciplinarité trouve son essence même dans l'accompagnement de l'entièreté du système familial dont la prise en charge de l'enfant est une partie**. Toutefois, c'est dans l'intérêt porté aux adultes, aux parents, que les voies thérapeutiques sont aussi et surtout indispensables. C'est dans les interactions de tous ces acteurs réunis que nous pouvons proposer des hypothèses cliniques dans la compréhension des processus familiaux et des dynamiques de chacun. Ces hypothèses viseront à favoriser une dynamique de bientraitance où les besoins de chacun, dont ceux des enfants, seront respectés et assurés à long terme. Dès lors, au-delà d'une unique prise en compte de l'enfant, de ses blessures et de ses besoins, nous pensons que notre travail doit s'enraciner dans un accompagnement global de tous les membres du groupe familial. **C'est en cela que nous pensons la spécificité d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée en maltraitance : élaborer le passé selon chaque point de vue, pour donner du sens au présent et prévenir le futur**. Ainsi, si certaines prises en charge thérapeutique peuvent être assurées ailleurs, peut-être dans d'autres services parfois plus généralistes, l'équipe SOS a son essence dans la prise en charge familiale et individuelle du processus maltraitant.

- ❖ Cette perspective, cette lecture de la maltraitance semble d'ailleurs soutenue par le réseau psychosocial et les acteurs de terrain de notre arrondissement judiciaire. De fait, la majeure partie **des mandats que nous recevons provenant du SAJ ou du SPJ se concentrent sur deux volets bien scindés mais tout autant en lien l'un avec l'autre à savoir :**

- * Réaliser un bilan autour des besoins de l'enfant, de son état psychoaffectif et de proposer des indications thérapeutiques favorisant son évolution personnelle
- * Réaliser un bilan de la récupérabilité parentale, évaluer les compétences parentales afin de mieux cerner quelles sont les ressources et les difficultés des adultes à répondre aux besoins psychiques, cognitifs, médicaux, éducatifs, sociaux et relationnels de leurs enfants. Si cette terminologie peut parfois être vécue de façon péjorative, nous avons davantage tendance à la considérer comme une voie d'élaboration possible. Nous voulons prendre le temps de s'arrêter avec eux sur leur vécu, et avoir le courage de mettre des mots sur l'impensable, et surtout évaluer leur capacité à se mettre en mouvement.

Ce double versant du travail demande un investissement massif de toutes les professions présentes au sein de notre équipe. Si ces démarches nécessitent beaucoup de moyens en terme de temps, de rencontres, de réflexion tant de la part des parents que des professionnels, notre recul actuel sur notre pratique semble largement le justifier.

- * En outre, nous avons obtenu des subsides financiers supplémentaires accordés par la Communauté Française à des fins diagnostiques. Cet avantage nouveau depuis 2010 nous permet d'investir davantage de moyens dans les perspectives de travail précitées. Il semble que ce soit également ce facteur qui incite davantage les instances mandantes à mettre le focus sur l'évaluation de la récupérabilité parentale.

Pour conclure, les tableaux de chiffres, qu'il s'agisse des prises en charge ou des signalements, ne reflètent qu'une **PARTIE DE NOTRE TRAVAIL**. De fait, chaque enfant pris en charge ou signalé correspond à une unité chiffrée. Or, pour une unité de chiffre, le travail réel effectué est bien plus conséquent puisqu'il reprend le travail individuel avec l'enfant, les entretiens de famille, les entretiens de couple ainsi que les entretiens individuels avec tous les adultes concernés pour lesquels un rapport écrit est rédigé dans la majeure partie des cas. Nous regrettons sincèrement que le programme Thopas ne puisse être représentatif de tout cet investissement. Certes, bien que le décret de l'Aide à la Jeunesse définisse un programme global décrivant les équipes SOS, il semble que chaque service opte pour un angle de travail et une réalité de terrain parfois très divergents d'un arrondissement à l'autre. Il n'y a donc pas une harmonie des pratiques. C'est pour cela que nous tenons à insister sur cette remarque car, depuis près de 3 ans, nous avons fait le choix théorico-pratique de proposer une prise en charge globale des familles.

Les données statistiques que vous lirez ci-dessous ne sont donc qu'une image partielle de notre activité.

L'analyse statistique de ce rapport est basée sur le recueil de données via le programme THOPAS.

L'ONE a conscience des difficultés rencontrées lors de l'encodage et a décidé de travailler à l'amélioration de ce programme dès 2012.

C.1. Le signalement

C.1.1. Nombre de signalements :

Par « signalement », nous entendons la démarche d'un tiers vers l'équipe SOS Enfants pour obtenir son avis, son conseil ou sa mobilisation en faveur d'un enfant.

Les chiffres correspondent aux nombres d'enfants 'signalés'.

Signalements	2009	2010	2011
Nouveaux signalements (enfants inconnus de notre service au moment du signalement).	182	172	185
Resignalements (enfants connus de notre service au moment du signalement).	42	30	51
Non défini.	0	0	0
<i>Total</i>	224	202	236

Les chiffres montrent une augmentation du nombre de signalements.

Cela peut s'expliquer en partie par deux raisons :

- ❖ L'équipe a été (presque) complète durant l'année 2011 et a eu le renfort d'un mi-temps assistant social (octroi d'un Maribel supplémentaire).
- ❖ Le changement de direction au SPJ, avec une collaboration nettement meilleure entre les services, a eu pour conséquence une augmentation des signalements de la part de ce service.

C.1.2. Origine des signalements :

	2009	2010	2011
Non Professionnels	38,0%	45,0%	33,9%
Professionnels	61,6%	55,0%	64,8%
Anonymes	0,4%	0%	1,3%
<i>Total Signaleurs</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

L'origine du signalement peut émaner de professionnels ou non qui se répartissent comme suit :

	Equipe Verviers 2009	Equipe Verviers 2010	Equipe Verviers 2011	Nombre de Signalements 2011
Non professionnels	38,0%	45,00%	33,90%	80
Mère	45,9%	49%	53,75%	43
Père	16,5%	27%	13,75%	11
Grands-parents	10,6%	5%	8,75%	7
Belle-mère	2,4%		5,00%	4
Beau-père			0,00%	0
Famille élargie	4,7%	10%	5,00%	4
Enfant lui-même	1,2%	2%	1,25%	1
Fratrie			0,00%	0
Ami de la victime/de la famille	7,0%	2%	1,25%	1
Voisinage		3%	3,75%	3
Autre (mouvements jeunesse,...)	8,2%		7,50%	6
Professionnels	61,6%	55,00%	64,80%	153
SAJ - Mandat	34,8%	31%	27,45%	42
<i>Orientation</i>	2,2%		13,72%	21
SPJ (<i>mandat et orientation</i>)	8,7%	5%	25,49%	39
Réseau médical	10,9%	9%	5,88%	9
Hôpital	53,0%	80%	67%	6
Médecins généralistes, spécialistes	47,0%	20%	33%	3
Réseau Psychosocial	18,1%	17%	10,45%	16
<i>Réseau aide sociale (CPAS, AMO, Mutuelle,...)</i>	80,0%	68%	38%	10
<i>Réseau aide psychologique (thérapeutes, SSM,...)</i>	20,0%	32%	62%	6
Réseau scolaire	6,5%	20%	11,76%	18
TMS ONE	0,7%	5%	2,61%	4
Equipe elle-même	7,9%	6%	0,66%	1
Autre équipe SOS	2,2%	1	0,66%	1
Equipe anténatale			0,00%	0
Institution hébergement	5,1%	3%	0,66%	1
Tribunal de la Jeunesse			0,00%	0
Parquet			0,00%	0
Police	2,9%	3%	0,66%	1
Maison de Justice		1	0,00%	0
Télé-accueil, Tél Vert, Child Focus,...			0,00%	0
Autre professionnel ayant un lien avec l'enfant			0,00%	0
Autre (crèche, gardienne)			0,00%	0
Anonymes	0,4%		1,30%	3

Comme en 2009, mais de manière encore plus accentuée, la proportion entre signaleurs professionnels et non professionnels n'est plus équilibrée.

Dans la catégorie des professionnels, les chiffres les plus significatifs sont l'augmentation du nombre de signalements du SPJ (multiplié par 5) : il faut constater que le changement de direction du SPJ a permis d'améliorer nettement la collaboration entre les deux services.

102 demandes sur 236 viennent du SAJ et du SPJ : près de la moitié des signalements viennent donc des autorités mandantes.

Ceci implique de devoir réfléchir à notre philosophie générale de travail. En effet, ces situations sous mandat sont des situations où une première analyse de la situation a déjà été réalisée par le mandant et où la place de l'équipe SOS prend tout son sens. Ce sont souvent des situations lourdes en terme de prise en charge. En effet, nous devons constater que les mandants nous « réservent » les situations les plus difficiles en termes de diagnostic et de prises en charge. Ceci implique des rencontres multiples (y compris avec les mandants) et des rapports écrits détaillés.

Nous devons réfléchir, si la tendance se confirme, à savoir si nous souhaitons nous réserver prioritairement à ces prises en charge qui présentent l'avantage d'avoir un cadre rassurant mais qui présentent l'inconvénient de la lourdeur du travail et d'une disponibilité moindre pour d'autres appels.

Nous devons être attentifs à notre manière d'être perçus par le réseau : souhaitons-nous être perçus comme des 'antennes' des SAJ et SPJ, ou comme une alternative à ces deux services mandants ? Devons-nous garder du temps pour être accessibles aux autres services et aux non-professionnels.

Mais paradoxalement, la lourdeur des situations qui parviennent à l'équipe amène celle-ci à faire appel au cadre nécessaire que représente le SAJ.

Peu de demandes viennent de l'ONE. On peut faire l'hypothèse qu'au vu de l'âge des enfants suivis par les TMS, celles-ci se tourneront plus rapidement vers l'hôpital ou le SAJ en cas de constat de maltraitance.

Nous constatons également n'avoir aucun signalement des crèches.

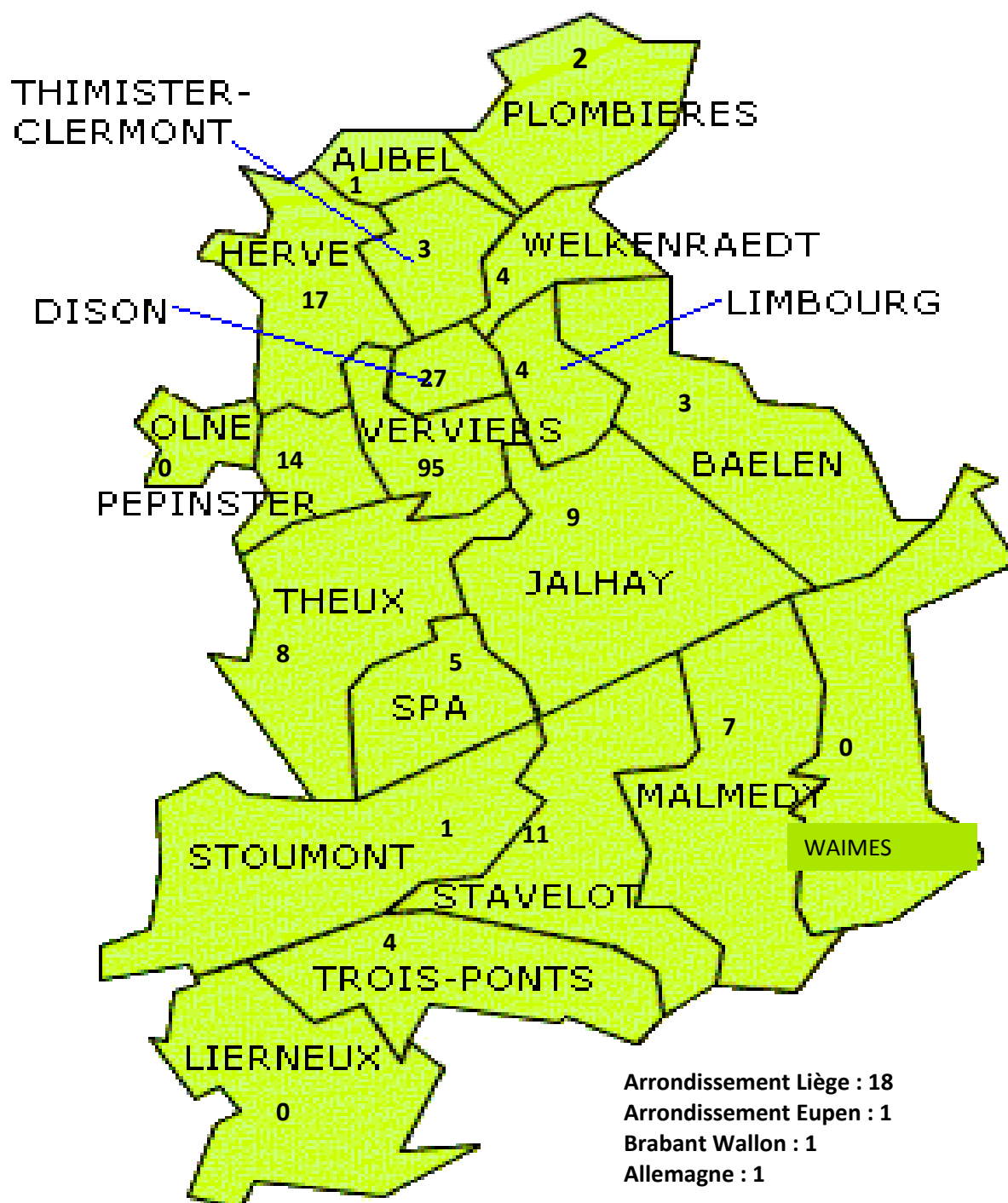
Peu de demandes viennent du secteur associatif pris de manière globale (16 signalements/186).

On constate une diminution constante du nombre de signalements qui viennent du réseau psychosocial. En 2012, l'équipe devra réinvestir le réseau pour rappeler sa raison d'être.

Nous devons rester attentifs à la sensibilisation et à la mobilisation des parents pour garantir une meilleure prise en charge de la maltraitance. Nous devons garder une écoute directe et attentive aux demandes des familles avec une garantie de confidentialité.

C.1.3. Origine géographique des signalements :

Année 2011 : 236 Signalements



	2010	2011
NORD	19	26
Aubel	0	1
Baelen	3	3
Herve	8	17
Olné	4	0
Plombières	4	2
Thimister-Clermont	0	3
CENTRE	126	157
Dison	27	27
Jalhay	7	9
Limbourg	2	4
Pepinster	1	14
Theux	4	8
Verviers	85	95
SUD	23	32
Lierneux	3	0
Malmédy	3	7
Spa	7	5
Stavelot	4	11
Stoumont	0	1
Trois-Ponts	5	4
Waimes	0	0
Welkenraedt	1	4
AUTRES	34	21
Arrondissement Liège	24	18
Arrondissement Eupen	3	1
Autres	7	2

Les signalements viennent principalement de familles résidant dans le centre de l'arrondissement.

Il est possible d'énoncer plusieurs hypothèses :

- ❖ La population du centre est la plus nombreuse ;
- ❖ Les facteurs de vulnérabilité des situations mettent en évidence les facteurs socio-économiques précaires des familles qui font appel à nous. Or ces facteurs socio-économiques sont plus précaires dans le centre de l'arrondissement ;
- ❖ Le réseau verviétois est plus dense et connaît mieux l'existence et les compétences de l'équipe.
- ❖ La distance ne permet pas toujours aux personnes de se déplacer jusque dans nos bureaux.
- ❖ Il semble que le réseau de solidarité 'spontané' soit plus important à Malmédy qui manque de services de prises en charge.

Des contacts sont à créer avec le sud de l'arrondissement : centre de guidance et hôpital de Malmédy qui a une maternité et un service de pédiatrie, avec lequel nous n'avons guère de collaboration.

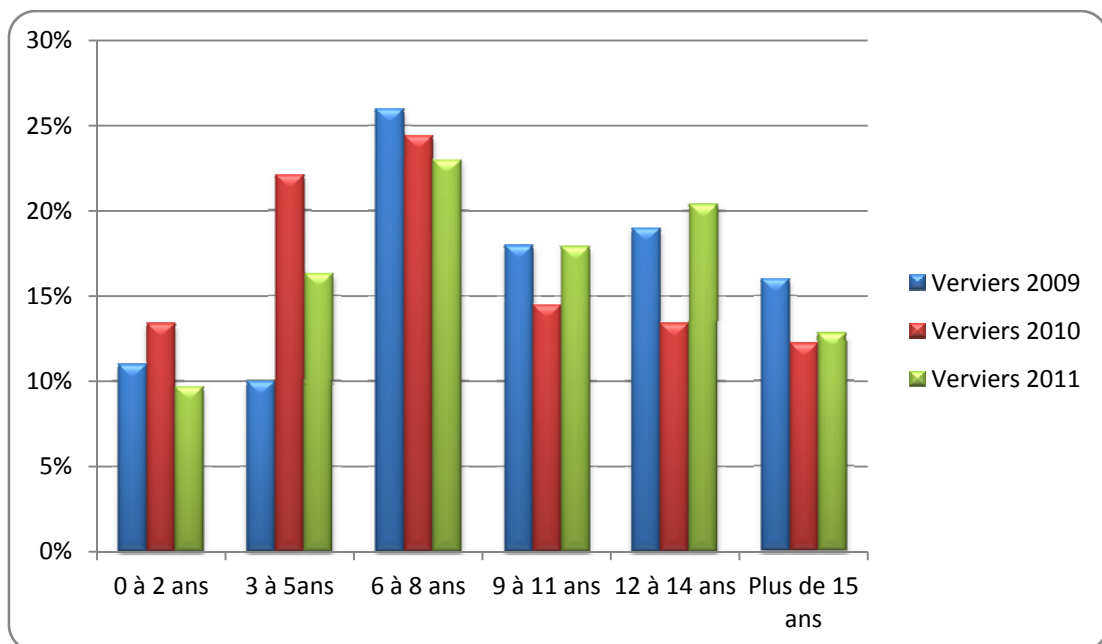
Des contacts sont à créer avec le nord de l'arrondissement car il n'y a pas de structure hospitalière, sauf à Eupen qui se situe en dehors de notre arrondissement. Il n'y a pas non plus de centre de guidance dans le nord, sauf à Eupen.

Il serait peut-être intéressant de développer des cartes de réseau pour le nord et le sud de l'arrondissement.

Nous constatons que la distance n'est pas un frein à la prise en charge dans notre service. Dans les dossiers retenus, nous relevons les mêmes proportions que lors des signalements.

C.1.4. Age des enfants signalés :

	2009	2010	2011
0 à 2 ans	11%	13,4%	9,7%
3 à 5ans	10%	22,1%	16,3%
6 à 8 ans	26%	24,4%	23,0%
9 à 11 ans	18%	14,5%	17,9%
12 à 14 ans	19%	13,4%	20,4%
Plus de 15 ans	16%	12,2%	12,8%
	100%	100%	100%



C.1.5. Maltraitements signalés :

	2010	2011	Nombre d'enfants
Maltraitance physique	20,30%	21,61%	51
Inadéquation éducative	8,91%	8,05%	19
Maltraitance sexuelle	26,73%	22,46%	53
Maltraitance psychologique	15,84%	13,56%	32
Négligence grave	9,90%	13,14%	31
Enfants à risque	12,87%	16,95%	40
Abandon	1,98%	1,27%	3
Autres	3,47%	2,97%	7
<i>Total</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>236</i>

En 2011, nous restons dans les mêmes proportions des différentes formes de maltraitance par rapport à 2010.

Le nombre d'enfants à risques peut être lié à la précarité croissante de notre société : crise économique, perte de repères, marginalisation, manque de ressources pour des interventions précoces...

C 1.6 Types de garde par catégorie en cas de séparation ou de divorce:

Types de garde (2011)	
Garde exclusive chez la mère	15,52%
Garde exclusive chez le père	1,72%
Garde non exclusive chez la mère	48,28%
Garde non exclusive chez le père	5,17%
Garde alternée	24,14%
Autre (grands-parents, ...)	5,17%

Nous constatons que le type de garde de l'enfant signalé pour des faits de maltraitance fait partie de l'analyse des situations. Il nous a donc semblé important d'ajouter ces statistiques dans le rapport d'activité 2011.

Nous pouvons constater que c'est toujours bien essentiellement à la mère que sont confiés les enfants, avec un droit de visite pour le père.

Le pourcentage d'enfants en garde exclusive chez la mère est toutefois conséquent et signifie que plus de 15% des enfants signalés n'ont plus ou peu de contacts avec leur père.

Nous pouvons également constater que près d'un quart des enfants sont en garde alternée, alors qu'il y a à peine quelques années encore, ce type de garde n'était même pas proposé. Il semblerait qu'il soit en augmentation, phénomène que nous pourrions ou non confirmer en 2012. Nous pourrions ainsi voir si le type de garde des enfants à mi-temps, ou même à temps plein, par le père, évolue.

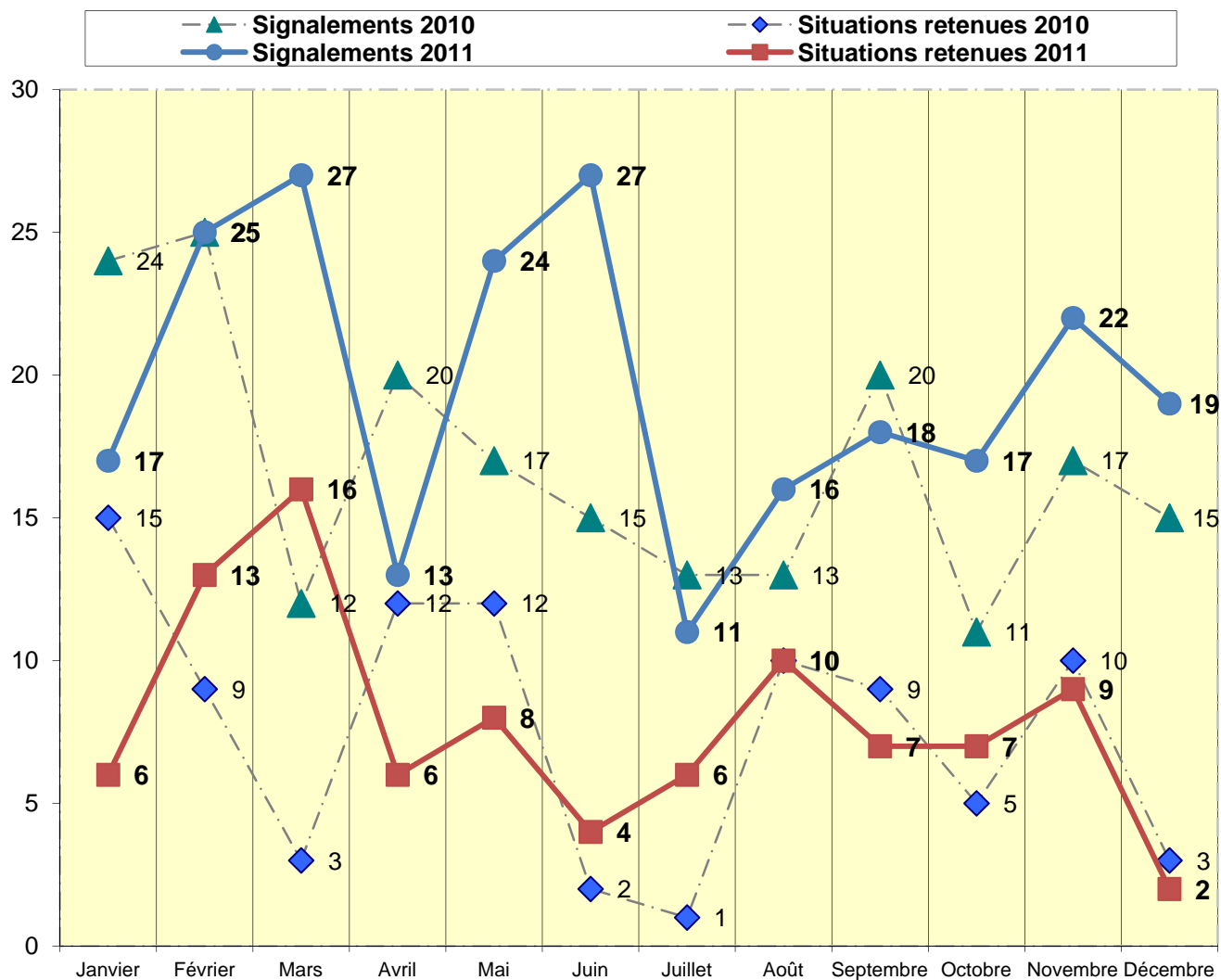
Nous n'avons pas pu trouver de données chiffrées via l'INS sur le type de garde des enfants dans la population générale. Nous avons envisagé en 2010 de tester l'hypothèse que la séparation des parents pouvait être un facteur de risque de maltraitance (parents en crise, précarisation des familles...). Cette hypothèse est toujours d'actualité et mérite de continuer à être examinée.

C.1.7. Evolution mensuelle des signalements :

Dans le graphique à la page suivante, nous voyons la fluctuation des signalements au cours de l'année. Cette fluctuation est parfois difficile à gérer dans l'organisation du travail de l'équipe.

Le nombre de signalements varie entre 11 et 27 par mois. Le nombre maximal de situations retenues par mois est de 16.

Nous retenons en moyenne une dizaine de situations par mois. Nous constatons que nous refusons plus de demandes quand leur nombre global explose, souvent en mai et juin, à la veille des vacances d'été. Pendant cette période, il est possible que nous anticipions les départs en congé des membres de l'équipe. Mais cette période de l'année apporte également des situations des services sociaux et mandants moins élaborées, comme si ces services craignaient l'absence d'école pendant les congés ou induisaient un sentiment d'urgence par la perte du contact du travailleur (bientôt en congé) avec la famille à risque.



C.2. Suite donnée aux signalements parvenus à l'équipe

C.2.1. Signalements non retenus par l'équipe :

En réunion d'équipe, nous décidons ensemble de la prise en charge ou non de la situation signalée.

Cette décision se base sur les critères suivants :

- ❖ Constat de présence de maltraitance dans la situation décrite.
- ❖ Nécessité d'une équipe pluridisciplinaire pour travailler dans cette situation.
- ❖ Minimum de collaboration des parents.
- ❖ Possibilité de mettre un cadre si nécessaire (Il nous arrive de solliciter un cadre SAJ avant d'intervenir dans une famille ou parfois par la suite).
- ❖ Intérêt de l'enfant.
- ❖ Prise en compte du fait qu'une prise en charge par l'équipe peut 'stigmatiser' la situation en lui donnant une étiquette de maltraitance.
- ❖ Moments de crise.
- ❖ Surcharge de travail.
- ❖ Demande de supervision.

❖ ...

Si nous estimons que la situation ne doit pas être prise en charge par l'équipe SOS, nous réorientons la demande vers le service qui nous semble le plus compétent.

	2009	2010	2011	Nombre de Signalements
SIGNALEMENTS RETENUS	45,1%	44%	41,1%	97
SIGNALEMENTS NON RETENUS	52,2%	56%	57,2%	135
Réorientation vers autres services	51,0%	57%	53,2%	87
SAJ	28,3%	35%	40,2%	35
SPJ	13,3%	11%	2,3%	2
Justice	20,0%	13%	18,4%	16
Aide Psychologique	23,3%	17%	21,8%	19
Aide sociale	1,7%	3%	1,2%	1
Aide médicale (hôpital)		5%	2,3%	2
SSM	1,7%	3%	1,2%	1
Autre	11,7%	14%	12,6%	11
Avis/Conseil/Supervision	31,0%	28%	22,2%	30
Réorientation géographique	6,9%	6%	7,4%	10
Invérifiable	3,4%	2%	2,2%	3
Autre	7,7%	5%	8,1%	5
EN COURS D'EVALUATION	2,7%	0%	1,7%	4
TOTAL SIGNALEMENTS	100%	100%	100%	236

Remarque préliminaire : Les chiffres de la suite donnée aux signalements sont à considérer avec précaution car parfois les situations sont reprises dans les statistiques comme non-retenues, alors que l'équipe avait marqué son accord d'intervenir, cela s'explique de la manière suivante : Pendant une période parfois longue et coûteuse en énergie, nous avons exploré la demande de chacun et les possibilités de travailler avec la famille. Souvent, il y a eu plusieurs rendez-vous avec les signaleurs, avec le réseau et/ou les parents, mais le dossier ne peut être ouvert que si nous rencontrons l'enfant. Ce qui, in fine, ne s'avère pas toujours possible puisque les parents cessent parfois leur collaboration.

Comme l'année précédente, plus de la moitié des signalements sont non retenus :

❖ Soit les familles sont réorientées vers d'autres services (87 signalements) :

* Vers le SAJ (35 signalements) :

Dans le cas des situations de **séparations conflictuelles**, nous avons un accord avec le SAJ de Verviers pour 'triangler' la prise en charge de la situation avec eux. Nous demandons que le SAJ investigue dans un premier temps les allégations des parents et qu'il évalue la pertinence d'une intervention de notre service. Si le SAJ estime ensuite qu'il est opportun pour SOS d'intervenir, nous débutons un bilan avec un mandat clair et un tiers est désigné à qui nous rendrons notre analyse et nos propositions, toujours après réflexion avec la famille. Ce fonctionnement permet que l'autre parent ne nous perçoive pas dans l'alliance avec le parent signaleur, que l'équipe puisse être vue (ainsi que l'enfant lui-même) comme neutre et qu'ainsi notre impartialité soit préservée.

Dans les situations où nous pressentons un danger grave et imminent pour l'enfant, ou dans les situations où il manque un tiers, nous pouvons faire appel au SAJ.

Nous constatons que l'équipe a de plus en plus besoin d'un cadre pour favoriser son travail. L'hypothèse est que, devant des situations de plus en plus complexes, l'équipe doit pouvoir 'cadrer' les conditions de son intervention pour éviter de rentrer dans un schéma compliqué d'intervention identique aux situations compliquées des familles.

- * Comme chaque année, très peu de situations sont orientées vers **l'aide médicale** (2). Ceci correspond probablement à notre ressenti d'une collaboration qui reste encore à être améliorée avec les différents hôpitaux et les médecins.
- * Les réorientations **vers une aide psychologique** sont fréquentes (19) dans les cas où la demande des usagers ne porte que sur un espace thérapeutique individuel. Après avoir analysé la demande, l'urgence de la situation et l'éventuelle nécessité de protection, si nous constatons qu'il n'y a pas de demande d'accompagner la famille dans la crise suite aux révélations, et que la situation ne nécessite pas une pluridisciplinarité, la famille peut être orientée vers **un suivi psychothérapeutique dans le réseau**.
- * Nous orientons vers **la Justice** (16 signalements) :

En cas de séparation conflictuelle, quand l'enjeu de la situation est la garde de l'enfant, nous orientons les parents vers une procédure civile.

Si nous constatons que l'enfant est en danger grave et imminent, nous faisons un double signalement : au parquet et au SAJ.

Bien que nous soyons un service d'aide et d'accompagnement et non pas un service d'enquête, nous devons régulièrement mettre en balance la protection de l'enfant et l'aide que nous souhaitons lui apporter. L'équipe doit rester consciente que, quand elle interpelle le parquet pour une demande de protection, elle suscite aussi la possibilité d'ouvrir une enquête contre le parent (ce qui peut être thérapeutique pour l'enfant ou le parent mais qui ne fait pas partie de nos missions)

- ❖ Soit ces situations sont des demandes de supervision (30 signalements ont fait l'objet de supervisons ou conseil) :

Cet item regroupe en son sein une grande diversité d'actions et de démarches qui sont ici englobées dans un même pourcentage. Cette catégorie reprend différents cas de figure qu'il nous semble important d'exposer de façon synthétique et peut-être caricaturale. Il s'agit bien évidemment des situations qui n'ont pas donné lieu à une ouverture de dossiers pour de multiples raisons :

- * Soit les parents nous ont demandé un avis sur leur situation familiale, sur l'orientation vers un service ou une profession spécifique. Suite à ce premier contact téléphonique, eux-mêmes ne souhaitent pas faire intervenir la spécificité de notre équipe (et cela ne le nécessite pas également) ou nous prenons la décision de les orienter malgré la demande car la situation exposée ne correspond pas à notre cadre de travail :
 - demande pour un bilan pédopsychiatrique,
 - demande d'obtenir un rapport à faire valoir en justice pour une procédure civile,
 - exposition de leur problématique et orientation vers un autre service davantage généraliste ou un cabinet privé s'il ne s'agit pas de maltraitance (psychologue, avocat, psychomotricien, médiateur familial,...)

- ...

- * Soit la situation de départ est la même qu'exposée ci-dessus mais nous accompagnons la famille vers les services adéquats et ce, en fonction de leur fragilité, de leur découragement ou du caractère confus de la situation des enfants. Nous pouvons alors les rencontrer à une ou plusieurs reprises, contacter les différents services déjà présents ou à mettre en place et, si besoin en est, les accompagner vers les institutions qui prendront le relais.

- * Soit la situation débute dans un registre de prise en charge par notre service. Toutefois, il arrive qu'après quelques rendez-vous dans le cadre de l'analyse de la demande, les parents changent d'avis et optent pour d'autres modalités de prise en charge (entretien de couple, reprise de contact avec un ancien thérapeute, besoin de soutien au niveau juridique,...). Ainsi, lorsque nous n'avons pas eu l'occasion de voir l'enfant, le dossier ne peut-être ouvert sur le plan administratif et est clôturé dans la rubrique « demande d'avis, de conseils, de supervisions ».

- * Soit les professionnels du réseau psycho-social de première ou de deuxième ligne nous contactent pour réfléchir avec notre service à une situation qu'ils ont en charge et qui leur pose question (état de danger, quid d'une orientation, réflexion autour de la dynamique familiale et du développement des enfants dans des contextes à risque, quid des démarches à effectuer lors de révélations de maltraitance,...). Dans ce cadre, les différentes données concernant la situation sont exposées mais le nom de l'enfant et de la famille reste anonyme.

C.2.2. Suite donnée aux signalements en fonction du signaleur :

Suite donnée en fonction du signaleur						
	2010		2011			
	Retenues	Non Retenues	Retenues	Non retenues	En cours d'Evaluation	Total
NON PROFESSIONNELS	44,0%	56,0%	41,1%	57,2%	1,7%	100%
Mère	62,0%	38,0%	40,00%	50,00%	10,00%	100%
Père	20,0%	80,0%	33,33%	66,67%	0,00%	100%
Famille élargie et Voisinage	21,5%	78,5%	25,00%	66,67%	8,33%	100%
PROFESSIONNELS			37,11%	49,05%	13,84%	100%
Mandats SAJ	73,5%	26,5%	67,44%	20,93%	11,63%	100%
Mandats SPJ	100,0%	0,0%	93,75%	6,25%	0,00%	100%
Services Sociaux	24,0%	76,0%	16,28%	63,94%	19,78%	100%
Réseau Médical			40,00%	60,00%	0,00%	100%
Equipes SOS			66,67%	33,33%	0,00%	100%
Anonymes			0,00%	100,00%	0,00%	100%

Nous retenons proportionnellement plus les situations orientées vers notre service par les services mandants (SAJ et SPJ). Ceci est justifié par le fait que ces situations ont déjà fait l'objet d'une analyse et d'investigations par ces services, L'orientation vers l'équipe SOS est donc souvent pertinente. Ceci se justifie encore plus pour le SPJ qui nous oriente régulièrement des situations pour lesquelles nous étions déjà intervenus quand la famille était encadrée par le SAJ, situations dans lesquelles nous avons déjà réalisé un bilan qui a lui-même parfois motivé le passage de la situation vers le tribunal.

C.3. Prise en charge des familles

Dans la pratique, dans chaque situation, il y a en général au moins un tandem, constitué d'une psychologue et d'une assistante sociale ou parfois 2 psychologues, qui intervient. Le tandem peut être complété par les autres membres de l'équipe, par le médecin ou le juriste qui peuvent rencontrer les familles.

Après la phase du bilan, l'éducatrice peut intervenir dans les familles avec des objectifs concrets d'accompagnement au sein des familles.

Une liste de toutes les situations en cours avec les noms des enfants et des intervenants du dossier est tenue à jour. Cette liste nous permet d'avoir à la fois un outil pour trouver rapidement qui intervient dans quelle situation et pour comptabiliser grossièrement les prises en charge en cours par intervenant.

C.3.1. Nouvelles/Anciennes

		Signalements	Suite donnée aux signalements	Prises en charges
2009	Signalements 224	Nouveaux : 182	En cours évaluation : 6	Nouvelles situations : 92
		Resignalements: 42	Non retenus : 117 (52,2%)	
			Retenus : 101 (45,1%)	
	Non définis : 0		Poursuite d'une situation ancienne: 69	
				Total : 161
2010	Signalements 202	Nouveaux : 172	En cours d'évaluation : 1	Nouvelles situations : 94
		Resignalements :30	Non retenus : 113 (56%)	
			Retenus : 88 (44%)	
			Poursuite d'une situation ancienne: 98	
				Total : 192
2011	Signalements 236	Nouveaux : 185	En cours d'évaluation : 4	Nouvelles situations : 94
		Resignalements :51	Non retenus : 135	
			Retenus : 97	
			Poursuite d'une situation ancienne : 102	
				Total : 196

(petite remarque sur la différence entre le nombre de signalements retenus et le nombre de nouvelles situations : ces chiffres ne sont pas les mêmes car un signalement retenu peut ne pas donner lieu à une prise en charge : pas de collaboration des parents, passage en art 38 ou 39 par le SAJ avant la rencontre de l'enfant...Une prise en charge est prise en compte dans les statistiques au moment où l'enfant est vu par l'équipe)

Les situations que nous prenons en charge dans notre équipe sont de plus en plus lourdes, avec des multiples problématiques, et nous demandent un investissement très important.

Notre travail débute généralement par une phase de « bilan ». Lors de ce bilan, dans certaines situations, malgré parfois les confrontations, il est possible de tisser un lien entre la famille et les intervenants du service. Ainsi se noue une relation de confiance, qui nous permet d'entamer un travail thérapeutique.

Les situations que nous décidons de suivre après la phase de bilan sont rarement clôturées avant un an.

Cette prise en charge psychosociale des familles, après la phase de bilan, pourrait hypothéquer notre capacité à prendre de nouvelles situations en charge mais nous pouvons difficilement concevoir que notre travail s'arrête après le temps de l'évaluation. Comme le dit Stefano Cirillo, c'est « *quand on a pu tester avec les parents leurs capacités à se mobiliser qu'un réel travail thérapeutique peut commencer avec les thérapeutes avec lesquels ils se sont déjà engagés dans une réflexion ou élaboration* ».

Nous restons toutefois vigilants de ne pas garder des dossiers ad vitam aeternam. Nous sommes attentifs à tisser des liens importants avec le réseau psychosocial et médical dans le but d'envisager des relais à moyen terme.

C.3.2. Durée des prises en charge :

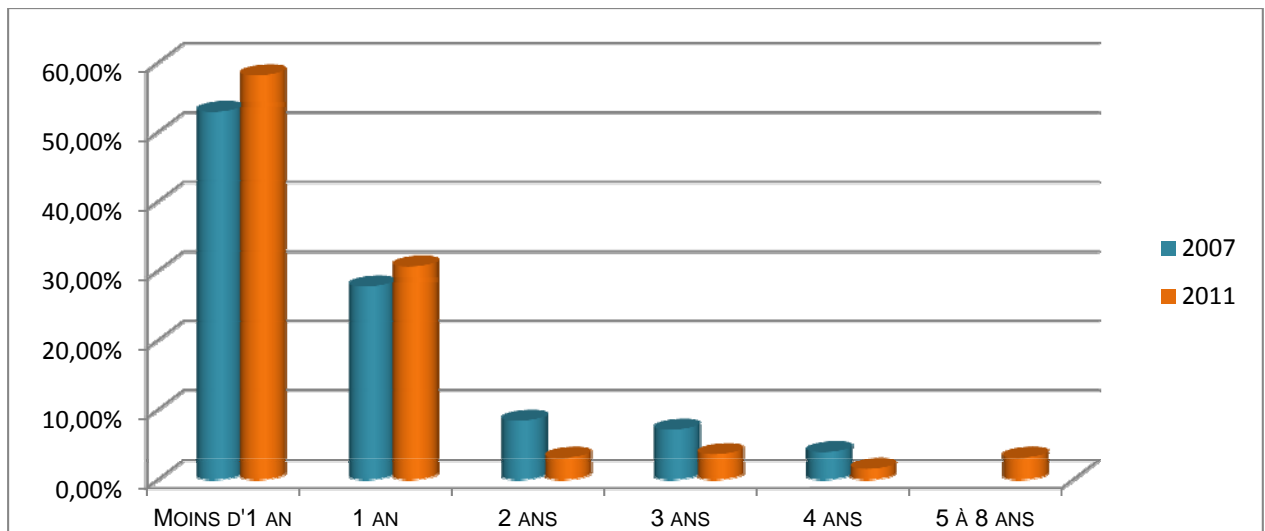
Ce sujet n'a plus été abordé depuis 2007.

Or, la durée d'un dossier au sein de l'équipe peut mettre en évidence le temps que nous mettons à trouver des solutions aux situations que nous décidons de prendre en charge et le temps nécessaire pour réaliser un accompagnement thérapeutique.

Il est important pour l'équipe ne pas devenir '*que*' des experts, en ne faisant que des bilans. Il est nécessaire de faire également de l'accompagnement pour continuer à '*bien*' travailler : un suivi peut être très porteur pour la famille et très instructif pour l'équipe car cela permet de mesurer directement les effets de notre intervention diagnostique.

Le sentiment actuel de l'équipe est que la durée moyenne d'ouverture d'un dossier a diminué, cela correspond au sentiment général d'être submergés par des demandes de bilans et de ne plus avoir la possibilité de dégager du temps pour des accompagnements thérapeutiques.

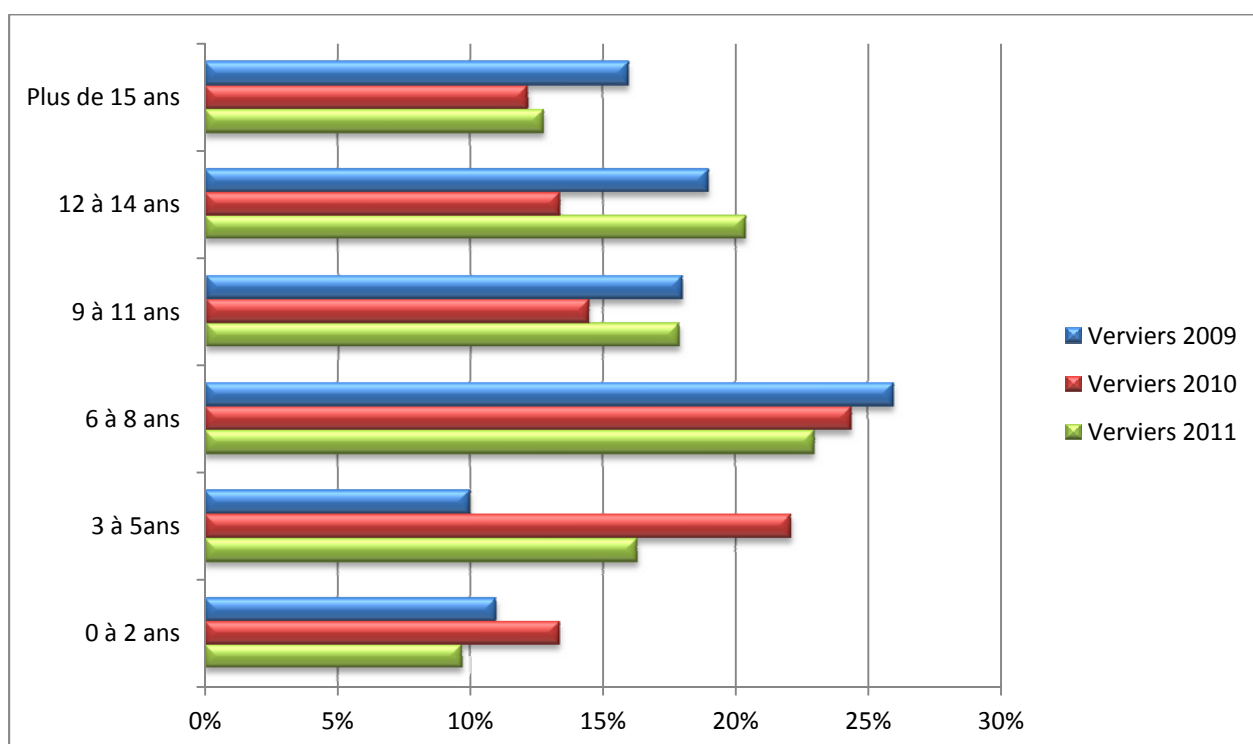
Nous avons donc pris la décision de reconsidérer ce point à dater de cette année 2011 avec pour référence l'année 2007.



En 2007, les statistiques ne prenaient pas en compte les situations de plus de 4 ans. Aujourd'hui nous allons jusqu'à 8 ans. Nous avons au total 6 dossiers encore en cours qui ont été ouverts il y a 5 à 8 ans (il s'agit de 2 familles ayant respectivement 4 et 2 enfants).

C.3.3. Age des enfants pris en charge :

	Verviers 2009	Verviers 2010	Verviers 2011
0 à 2 ans	11%	13,4%	9,7%
3 à 5ans	10%	22,1%	16,3%
6 à 8 ans	26%	24,4%	23,0%
9 à 11 ans	18%	14,5%	17,9%
12 à 14 ans	19%	13,4%	20,4%
Plus de 15 ans	16%	12,2%	12,8%
	100%	100%	100%

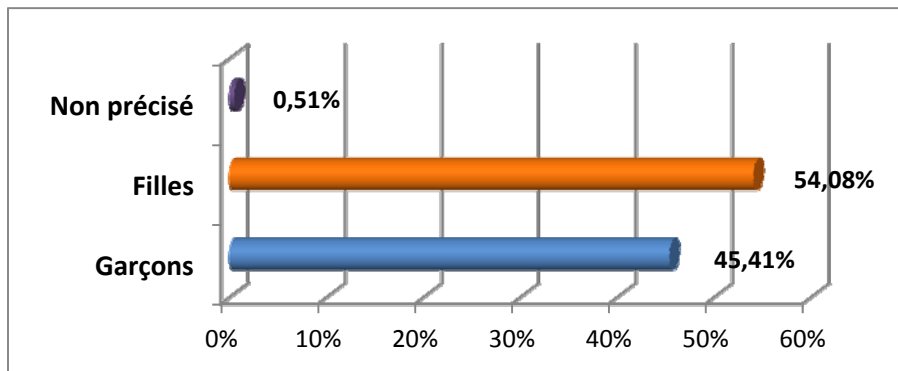


En 2011, nous trouvons donc une répartition plus homogène des différentes tranches d'âge.

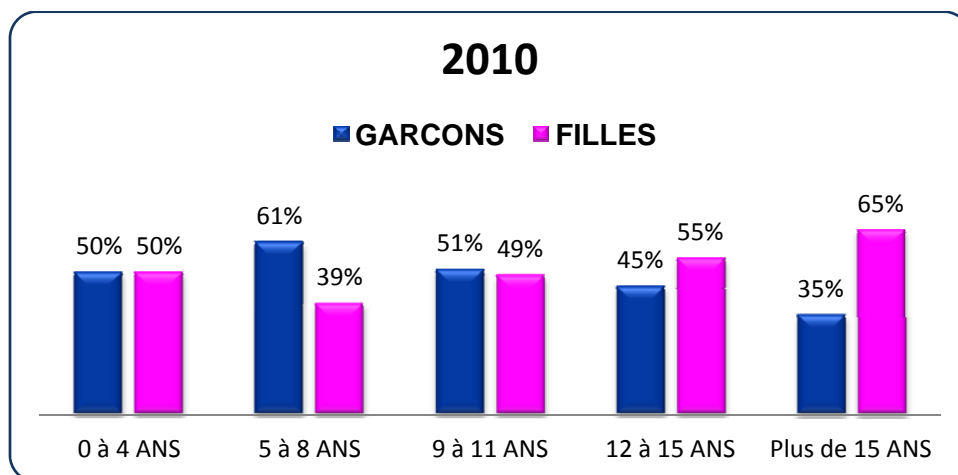
Une interrogation commune aux équipes SOS est le nombre réduit de prise en charge des tous petits. Il semble peu probable qu'il y ait moins de maltraitance dans cette tranche d'âge. Par contre, il est possible que cette maltraitance soit plus discrète. L'équipe devra se pencher sur cet état de fait et mettre en place un réseau sur l'arrondissement qui permette le signalement et la prise en charge de la maltraitance des tous petits.

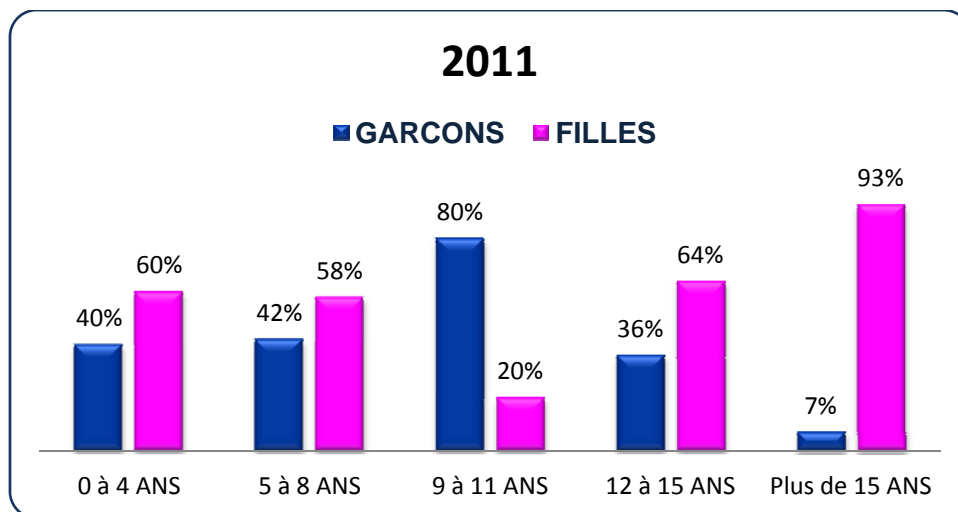
C.3.4. Sexe des enfants pris en charge :

- C.3.4.2 : Sexe des enfants de tous les dossiers en cours :



- C.3.4.3 : Sexe des enfants pris en charge en fonction de l'âge :





C.3.5. Type de maltraitance sur les enfants pris en charge :

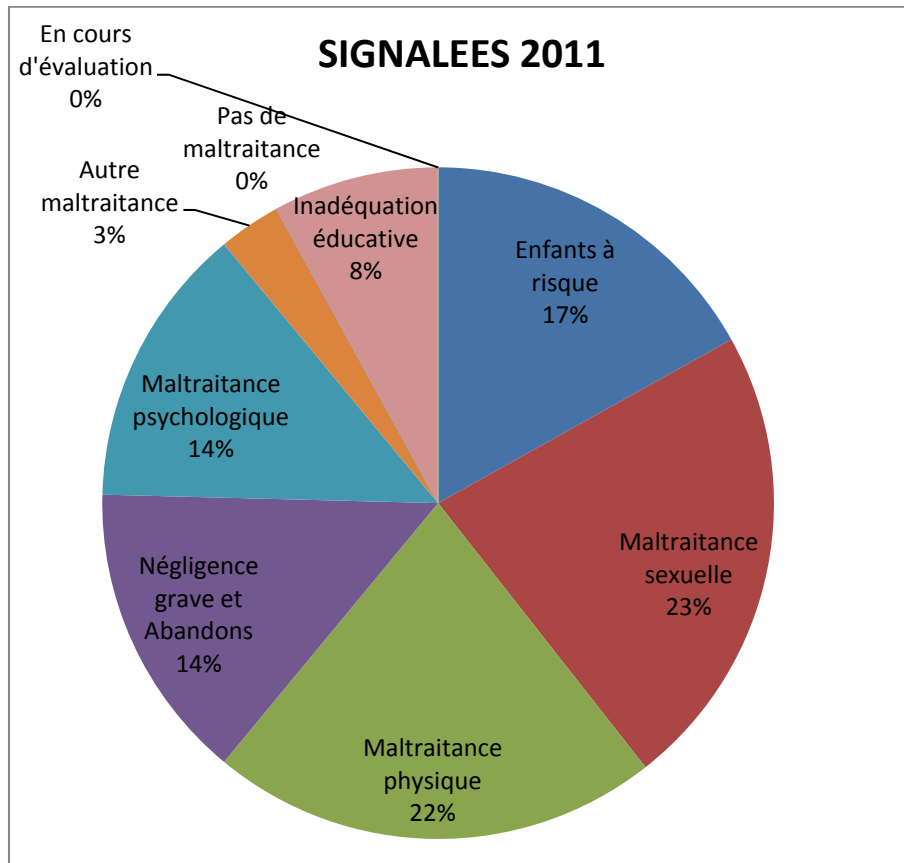
	SIGNALEES			DIAGNOSTIQUEES		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Enfants à risque	17%	13%	16,9%	11%	12,0%	6,6%
Maltraitance sexuelle	28%	27%	22,5%	20%	17,0%	11,7%
Maltraitance physique	14%	20%	21,6%	8%	10,0%	7,7%
Négligence grave et Abandons	18%	12%	14,4%	11%	11,0%	13,8%
<i>Abandons</i>			1,3%			2,0%
Maltraitance psychologique	15%	16%	13,6%	12%	11,5%	12,8%
Autre maltraitance	2%	3%	3,0%	0%	1,0%	4,6%
Pas de maltraitance				6%	6,5%	9,2%
Inadéquation éducative	6%	9%	8,0%	20%	13,0%	11,2%
En cours d'évaluation				12%	18,0%	22,4%
<i>Total</i>	100,0%	100,0%	100%	100%	100%	100%

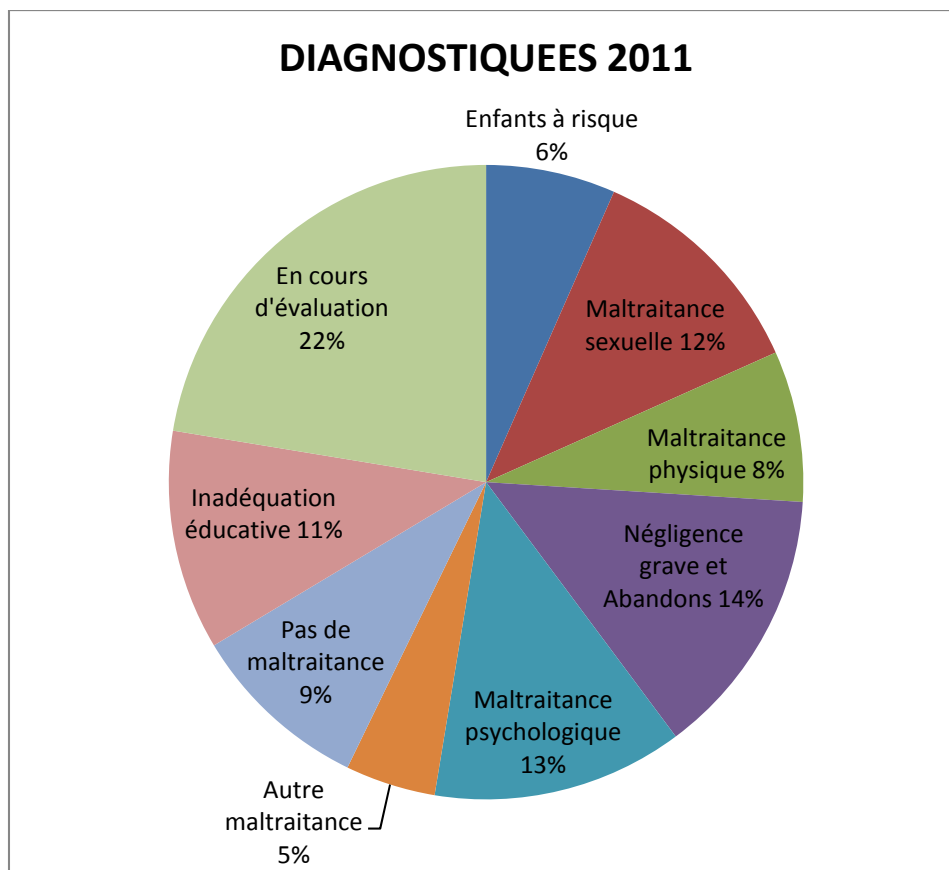
A la lecture de ce tableau, on peut constater que les maltraitements signalés lors des appels au service se répartissent de manière assez semblable sur les 3 années.

Dans les diagnostics posés par contre (soit en fin de parcours du dossier), la catégorie 'enfants à risque' a fortement diminué. Il est probable que la définition des catégories 'enfant à risque' et

'inadéquation éducative' ait provoqué une confusion dans le choix à opérer entre les deux catégories dont les définitions ne sont pas toujours très claires pour l'équipe.

Il est bon également de garder à l'esprit qu'il ne s'agit peut-être pas des mêmes enfants qui ont été signalés et diagnostiqués pour ces types de maltraitance.





C.3.6. Les auteurs de maltraitance :

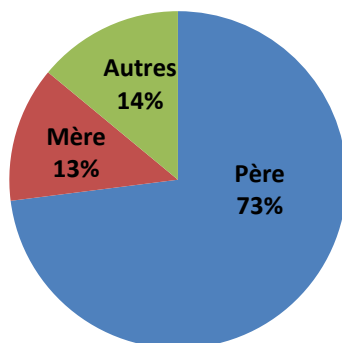
	2010	2011	
	Auteurs diagnostiqués 2010	Auteurs diagnostiqués	Auteurs signalés
Mère	24,2%	21,43%	27,54%
Couple parental	14,2%	20,41%	21,19%
Père	22,0%	15,82%	22,04%
Sans objet	5,5%	9,18%	0,00%
Membre de la famille élargie	4,4%	3,57%	6,78%
Fratrie	2,2%	2,55%	1,69%
Autre extra-familial	0,0%	2,04%	1,27%
Ami de la famille/voisinage	3,3%	1,02%	0,85%
Beau-Père/Cohabitant	3,3%	0,51%	5,08%
Auteur mineur	1,1%	0,51%	4,24%
Ami de la victime/autre mineur	1,1%	0,51%	1,27%

Invérifiable par l'équipe	0,0%	0,51%	0,00%
Inconnu/non identifié	0,0%	0,00%	6,78%
Belle-Mère/Cohabitante	0,0%	0,00%	0,85%
Professionnel d'une institution	1,1%	0,00%	0,42%
En cours d'investigation	17,6%	21,94%	0,00%
<i>Total</i>	<i>100,00%</i>	<i>100,00%</i>	<i>100,00%</i>

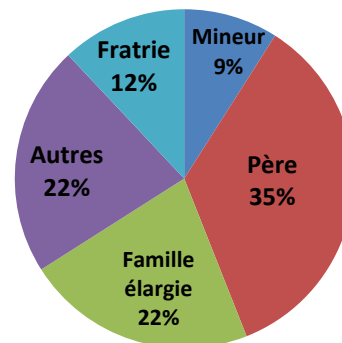
Nous constatons que les auteurs diagnostiqués restent principalement les parents (57,66%). Ceci confirme que la maltraitance est principalement liée à l'entourage immédiat de l'enfant. Cela a d'ailleurs été bien compris par les campagnes de prévention (style YAPAKA) : Ainsi l'idée véhiculée que l'enfant serait surtout en danger à l'extérieur de sa famille, tend enfin à diminuer dans la population.

C.3.7. L'auteur en fonction du type de maltraitance :

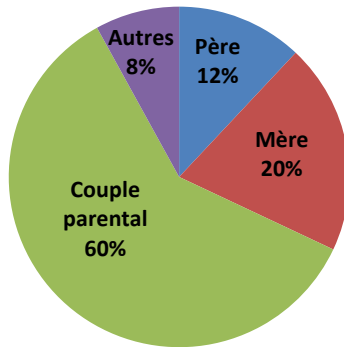
Maltraitance physique 2011



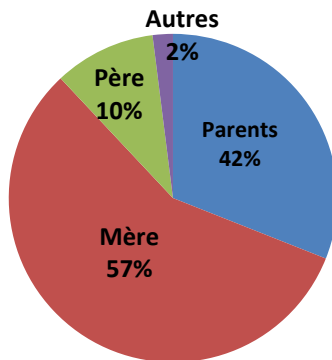
Maltraitance sexuelle 2011



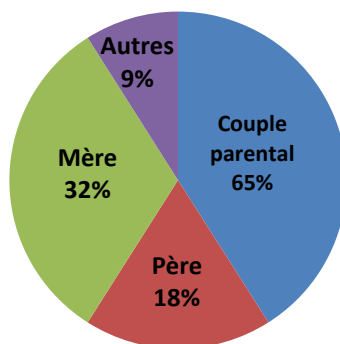
Maltraitance psychologique 2011



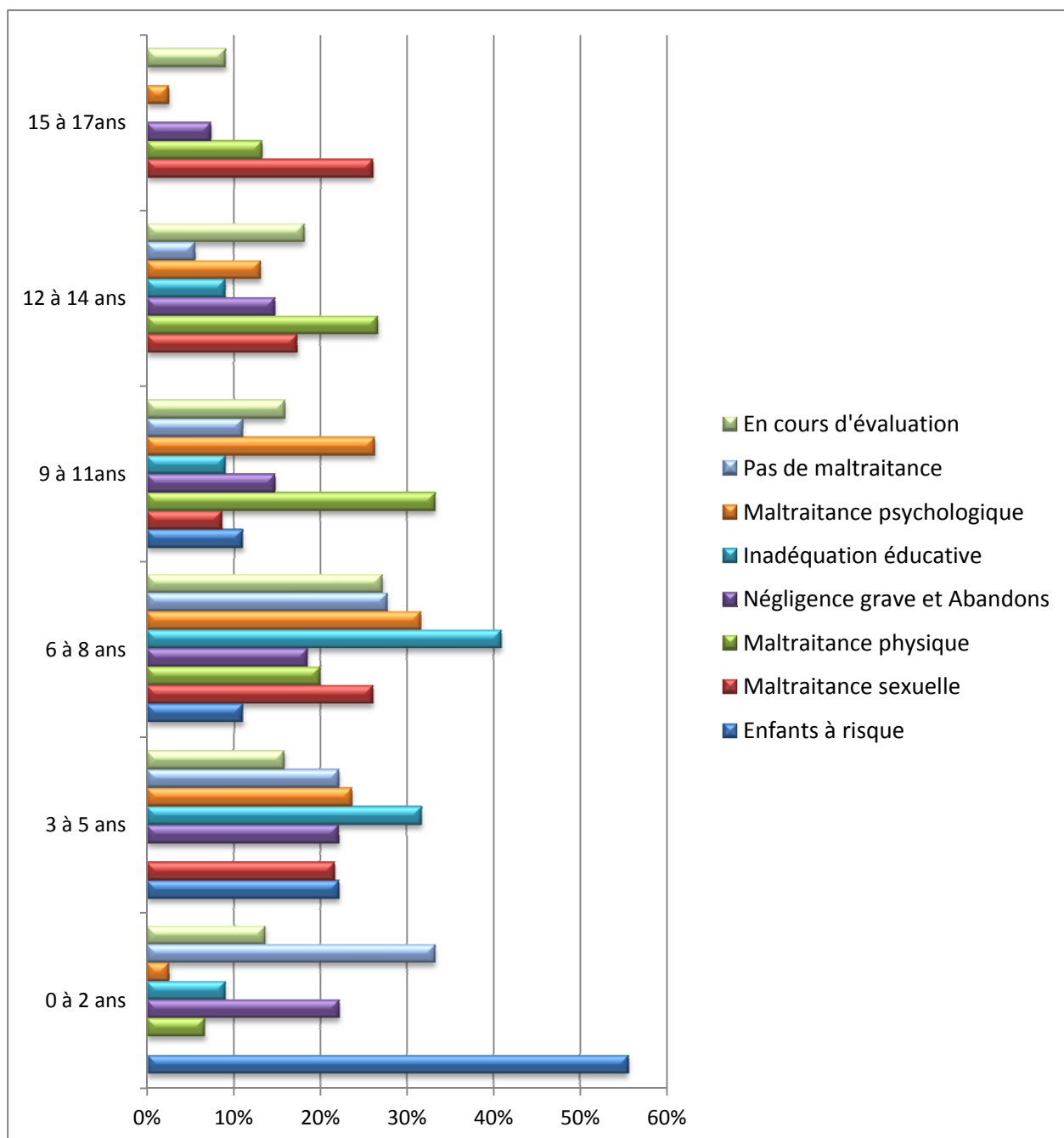
**Négligence
Inadéquation éducative 2011**



Enfants à risque 2011



C.3.8 . L'âge des enfants en fonction du type de maltraitance diagnostiquée :



C.3.9. Les atteintes principales observées sur l'enfant

Atteintes physiques observées			
	2010	2011	
Ecchymose, hématome	4,69%	2,60%	13
Coupure, blessure	1,69%	0,60%	3
Grossesse	0,52%	0,20%	1
Failure to thrive (hypotrophie, marasme,...)		0,20%	1
Morsure		0,20%	1
Brûlure	0,52%	0,20%	1
Fracture	0,52%	0,20%	1
Total	8,46%	4,20%	21
Atteintes psychologiques observées			
Angoisse, agitation anxieuse	9,90%	10,80%	54
Pas d'atteinte observée	16,67%	10,02%	50
Problèmes d'apprentissage	8,85%	9,62%	48
Colère(s)	4,69%	8,22%	41
Sentiment de dévalorisation	3,13%	6,80%	34
Comportement pseudo-adulte	8,85%	6,01%	30
Repli sur soi/ inhibition sévère	5,74%	5,01%	25
Problèmes de langage	3,65%	5,01%	25
Dépression	1,04%	4,81%	24
Sexualisation du comportement	5,73%	4,61%	23
Comportement violent sur les personnes	4,69%	3,61%	18
Autre problème de comportement		3,41%	17
Troubles du sommeil	2,60%	3,00%	15
Troubles alimentaires	2,08%	2,80%	14
Autre problème de développement	1,69%	1,60%	8
Retard psychomoteur	3,13%	1,41%	7
Fugues	2,08%	1,41%	7
Syndrôme caractérisé de stress post-traumatique	1,69%	1,41%	7
Handicap mental	1,04%	1,00%	5
Syndrôme ADHD (hyperkinétique) caractérisé	1,69%	1,00%	5
Enurésie, encoprésie	0,52%	0,80%	4
Dysharmonie évolutive	0,52%	0,80%	4
Troubles dissociatifs, psychotiques	0,52%	0,60%	3
Tentative de suicide		0,41%	2
Autre manifestation psychopathologique		0,41%	2
Problèmes liés à l'identité sexuelle		0,41%	2
Troubles phobiques (caractérisés)		0,41%	2
Douleurs diffuses	0,52%	0,20%	1
Autre problème psychosomatique	0,52%	0,20%	1
Total	91,54%	95,80%	478

On peut noter que le choix d'une atteinte principale observée sur l'enfant est bien difficile car les critères sur lesquels se baser ne sont pas définis clairement.

Par ailleurs, si les atteintes physiques sont soignées, elles laissent souvent (sauf lésions irréversibles) des atteintes psychologiques importantes et handicapantes qui sont alors notées comme atteintes principales.

C.3.10. Entourage de l'enfant dans son lieu de vie :

	2009	2010	2011
2 parents biologiques	34%	25%	19,4%
Mère seule	24%	24%	26,0%
Mère + cohabitant	19%	19%	18,9%
Père seul	1%	3%	4,6%
Père + cohabitante	4%	6%	3,6%
Garde alternée	6%	3%	4,6%
Mère en famille élargie	1%	2%	0,0%
Père en famille élargie	0%	1%	0,0%
Seul en famille élargie	4%	4%	2,5%
Famille d'accueil	1%	5%	5,6%
Institution	4%	6%	11,7%
Indéterminé	2%	1%	3,1%
Parents adoptifs	0%	1%	0,0%
<i>Total</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Globalement, les proportions restent inchangées.

Nous notons une diminution constante des enfants qui habitent avec leurs deux parents biologiques. Dans l'état actuel de nos connaissances, il serait hasardeux (bien que tentant) de voir dans les séparations des parents, un facteur de risque de maltraitance.

C.3.11. Lieu de survenance de la maltraitance :

	2009	2010	2011
Dans son lieu de vie habituel	62,5%	59,69%	57,14%
Lors des droits de visite	3,0%	6,28%	6,63%
En famille élargie	5,3%	4,19%	1,53%
Chez un extrafamilial connu	1,2%	2,09%	2,04%
En institution		1,05%	1,02%
Autre	3,0%	5,76%	3,57%
Inconnu	25,0%	20,94%	28,06%
<i>Total</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>

Nous notons qu'il y a une prévalence plus importante de la maltraitance dans le milieu de vie de l'enfant.

Il est important, d'accompagner ces familles dans une ouverture vers l'extérieur. Par déni ou loyauté inconsciente à leur modèle familial d'origine, ces familles voient le danger pour leurs enfants à l'extérieur de la famille alors que leur fermeture participe à l'émergence des violences intrafamiliales.

C.3.12.. Facteurs psychopathologiques associés à la maltraitance :

Il faut noter qu'à ce niveau il est possible d'encoder plusieurs facteurs de vulnérabilité pour un seul enfant, ce qui porte le total de facteurs encodés à 1.440 pour 196 enfants. Les chiffres ci-dessous représentent donc le nombre d'enfants pour lesquels a été encodé le facteur de vulnérabilité.

Nous avons fait le choix de présenter cette année le nombre d'enfants en plus du pourcentage, l'encodage ayant été plus précis et plus détaillé que les autres années, ce qui a fortement augmenté le nombre de facteurs de vulnérabilité différents pour l'année 2011. Cette façon de procéder nous semble plus révélatrice de la réalité et sera utilisée pour les prochaines années. Le pourcentage a toutefois été conservé pour avoir une base de comparaison avec les années antérieures.

	2009	2010	2011	
Facteurs de vulnérabilité relatifs au couple				
Séparation du couple	71%	44%	45%	89
Problèmes relationnels dans le couple	69%	42%	40%	79
Violence dans le couple	34%	35%	31%	61
Conflit de garde			10%	19
Autre facteur de vulnérabilité (couple)			4%	8
Facteurs de vulnérabilité relatifs aux parents				
Antécédents des parents (mauvais traitements,...)	60%	45%	43%	85
Situation socio-économique très précaire	70%	54%	41%	80
Perte de contrôle d'un/des deux parents	41%	40%	38%	74
Immaturité d'un ou des deux parents	42%	37%	37%	73
Très mauvaise collaboration/hostilité	24%	26%	35%	68
Instabilité parentale, instabilité de l'humeur	36%	33%	32%	63
Alcoolisme			27%	52
Isolement social	61%	41%	26%	50
Mère abusée	44%	34%	24%	47
Deuil traumatique, deuil non résolu			20%	39
Correction ou punition abusive			19%	37
Parents pas assez concernés par l'enfant	48%	30%	19%	37
Délinquance, criminalité d'un/des deux parents			17%	34
Parents à troubles psychiatriques	35%	30%	17%	33
Emprisonnement			16%	32
Troubles relationnels parents/bébé			15%	30
Stress lié aux contraintes professionnelles			15%	29
Instabilité de la famille (déménagements fréquents)			14%	28
Addiction (toxico, médicaments)			11%	22
Perte d'emploi			10%	19
Attente excessive par rapport à l'âge de l'enfant			7%	14
Maladie grave			7%	13
Refus des parents aux propositions de soins	20%	13%	7%	13
Autre facteur de vulnérabilité (parents)			6%	12
Allégation d'abus sexuel			4%	7
Facteurs de vulnérabilité relatifs à l'enfant				
Antécédent personnel de maltraitance	41%	31%	18%	36
Autres facteurs de vulnérabilité (enfant)		11%	12%	23
Troubles du comportement chez l'enfant	18%	12%	8%	16
Hospitalisations répétées de l'enfant	12%	5%	5%	9
Hyperkinésie de l'enfant			4%	7
Grande prématurité			2%	3

Facteurs de vulnérabilité relatifs à la fratrie				
Antécédents de maltraitance	36%	32%	23%	46
Placement de la fratrie	17%	16%	18%	35
Autre facteur de vulnérabilité (fratrie)			9%	18

Nous souhaitons mettre en évidence les facteurs de vulnérabilité suivants :

- l'importance de la séparation conflictuelle et de la violence conjugale
- l'importance de la situation socio-économique très précaire des parents
- l'isolement social
- l'importance du vécu des parents qui ont eux-mêmes vécu une histoire de maltraitance ou d'abus.
- les troubles psychiatriques des parents.

Nous relevons, chez les enfants, le nombre important d'antécédents personnels de maltraitance, ce qui voudrait dire que des enfants, quand ils arrivent dans l'équipe SOS, ont déjà vécu des épisodes de maltraitance antérieurement.

Il semblerait intéressant de sensibiliser les pédiatres hospitaliers et les médecins traitants (interlocuteurs privilégiés pour les parents qui se soucient de leurs enfants) à la prévention de la maltraitance en attirant leur attention sur les mécanismes à l'origine de la maltraitance. Très souvent, nous avons pu entendre que les parents se sont adressés à des professionnels pour chercher de l'aide pour leur enfant qu'ils trouvaient trop irritable, trop agité,... et ces parents se sont rarement sentis entendus dans leurs difficultés avec leur enfant. Il est primordial de pouvoir « entendre », non pas pour étiqueter les parents de bons ou mauvais, mais pour les accompagner dans leur réflexion, pour les aider dans la création ou le maintien du lien avec leur enfant.

Il est évident que, dès son plus jeune âge, l'enfant interagit avec le parent, que la relation se construit (même déjà in utéro) et que « ce tricotage du lien » est essentiel au bon développement psychoaffectif de l'enfant.

C.4. Quelques pistes de réflexion à la lecture de ces chiffres

L'équipe constate que les situations auxquelles elle est confronté sont de plus en plus complexes, l'équipe s'adresse à une population précarisée, socialement isolée et vivant dans des conditions socioéconomiques très difficiles, les troubles psychiatriques et les troubles de la personnalité sont de plus en plus fréquents chez les parents, avec une grande partie de personnalités limites, souvent avec un noyau psychotique prépondérant. A la lecture des statistiques, il est possible de mettre en évidence que les facteurs de vulnérabilité des parents sont accentués par l'isolement social et les situations socioéconomiques très précaires.

A nouveau, la séparation des parents est un facteur de vulnérabilité bien représenté (89 enfants). Si cette donnée est confirmée par les chiffres des autres équipes, cela devrait donner lieu à une réflexion en termes de prévention : tribunal de la famille, médiation parentale, campagne de prévention ciblée sur les situations de séparation avec offre d'aide de services relais...